

案例五

案情摘要

病人診斷非屬全民健康保險醫療辦法第 14 條所定慢性病範圍，申報系爭「每日藥費（A21）」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1093405967 號

審 定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	依據 全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 23 條之規定。
	卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、（四）5. 前段規定意旨，不予認列。】
	審定理由 一、 相關規定 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第四部中醫醫療費用審查注意事項 「二、一般案件給藥天數不得超過七日，惟屬全民健康保險醫療辦法所定慢性病者，得視保險對象醫療需要，一次最高給予三十日內之用藥量。」。 二、 查卷附資料，渠等 3 案，系爭項目皆為「每日藥費（A21）」，分述如下： （一）○○○案，健保署初、複核意見為「0304C，診斷非屬慢性病，依規定不可開立 7 日以上藥量」、「診斷病名確實不屬慢性病之給付範圍」，不予給付 7 日，依病歷紀錄，病人診斷為「頭暈及目眩」等，系爭就醫日 109 年 7 月 1 日開立 14 日藥品，惟診斷之病名非屬全民健康保險醫療辦法第 14 條所定慢性病範圍，健保署按前揭規定，給付系爭「每日藥費（A21）」7 日，核屬有據。 （二）○○○案，健保署初、複核意見為「0304C，診斷：痤瘡、毛囊疾患非屬慢性病，依規定不可開立 7 日以上藥量」、「診斷病名確實不屬慢性病之給付範圍」，不予給付 10 日，依病歷紀錄，病人診斷為「痤瘡」等，系爭就醫日 109 年

		<p>7月22日開立17日藥品，惟診斷之病名非屬全民健康保險醫療辦法第14條所定慢性病範圍，健保署按前揭規定，給付系爭「每日藥費(A21)」7日，核屬有據。</p> <p>(三) ○○○案，健保署初、複核意見為「0304C，診斷非屬慢性病，依規定不可開立7日以上藥量」、「診斷病名確實不屬慢性病之給付範圍」，不予給付7日，依病歷紀錄，病人診斷為「胃及十二指腸其他的疾病」等，系爭就醫日109年7月23日開立14日藥品，惟診斷之病名非屬全民健康保險醫療辦法第14條所定慢性病範圍，健保署按前揭規定，給付系爭「每日藥費(A21)」7日，核屬有據。</p> <p>三、綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	--	---